



TITLE:

結核性精系水腫ノ1例

AUTHOR(S):

富浦, 仁雄

CITATION:

富浦, 仁雄. 結核性精系水腫ノ1例. 日本外科宝函 1943, 20(3): 386-390

ISSUE DATE:

1943-05-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/205369>

RIGHT:

結核性精系水腫ノ1例

京都帝國大學醫學部外科學教室第二講座(青柳教授)

富 浦 仁 雄

Ueber einen Fall von Hydrocele funiculi spermatici tuberculosa

Von

Dr. Hitowo Tomiura

[Aus d. II. Kais. Chir. Universitätsklinik Kyoto

(Direktor: Prof. Dr. Y. Aoyagi)]

Klinische Betrachtungen.

Pat., ein 70jähriger Mann, aufgenommen in die Klinik am 3. Juli 1942 wegen schmerzlosen Tumors in der linken Inguinalgegend.

Anamnese: Patient ist von Kindheit an kerngesund gewesen, aber vor ca. 20 Tagen bemerkte er, im Bade, zufällig eine taubeneigrosse schmerzlose Anschwellung in der linken Inguinalgegend, die auf Fingerdruck sowie Bauchpresse unverändert blieb.

Nach unseren eingehenden Untersuchungen wurde die Diagnose auf Hydrocele funiculi spermatici gestellt.

Operation (am 4. Juli): Unter dem Inguinalschnitte fand man einen taubeneigrossen prallelastischen Tumor ausserhalb des subkutanen Leistenrings, dessen Oberpol im Inguinalkanal war. Bei der Öffnung desselben floss eine kleine Menge klare Flüssigkeit ab. Es handelte sich um einen geschlossenen cystischen Tumor, an dessen Innenfläche mehrere miliargrosse Tuberkeln konstatierbar waren. Darnach wurde eine Spaltung des Inguinalkanals vorgenommen, um eine genaue Untersuchung der Oberpolgegend zu ermöglichen. Dadurch konnten wir feststellen, dass dieser Pol durch einen ca. 2 mm langen Stiel mit einem zweiten, zeigefingerkuppengrossen elastischweichen und komprimierbaren Tumor verbunden war. Bei der Öffnung dieses Tumors floss eine grosse Menge Aszites ab und wir fanden an der ganzen Innenfläche, u. zw. dem Peritoneum, bei der Verlängerung des Schnittes, zahllose Tuberkeln.

Zwei Tumoren wurden entfernt, und dann die Pfort- und Kanal-nähte nach Dr. Hatakoshi ausgeführt.

Verlauf: Primär geheilt.

Mikroskopisch liess sich die tuberkulöse Veränderung an der Innenfläche beider Tumoren feststellen, aber keine am Stiel.

Résumé.

Bei unserem Fall von keiner tuberkulösen oder narbigen Veränderung des Stiels handelte es sich um Hydrocele funiculi spermatici tuberculosa. Diese war durch Ansammlung des Exsudates aus der durch mangelhaften Verschluss des Processus vaginalis peritonei zurückgebliebenen Resten dieser Ausstülpung verursacht, auf welche die Tuberkulose über den Lymphweg vom tuberkulösen Peritoneum übertragen war.

症 例

患者：73歳，農夫。(昭和17年7月3日入院)

主訴：左側鼠蹊部ノ無痛性膨隆。

家族歴：結核性素質，悪性腫瘍性素質ヲ否定シ，特記スベキモノナシ。

既往歴：生來健康ニシテ鼠蹊部ニ無痛性腫瘤ヲ生ジタルコトナク，花柳病ヲ否定シ，鼠蹊部ニ外傷ヲ受ケタルコトモナシ。

現病歴：約20日前，入浴中，偶々左側鼠蹊部ニ鳩卵大ノ膨隆アルニ氣付キシガ，別ニ自覺痛，壓痛等ナク，壓迫スルモ縮小或ハ消失セズ。又タ腹壓ニヨリテ増大セズ。其ノ後漸次増大シ來タレルモ，別ニ腹痛，全身倦怠感，熱感其ノ他何等苦痛ナク，發病後モ從前ト同ジク農作ニ從事セリ。食欲，睡眠共ニ良好，便通毎日1行，咳嗽アルモ喀痰ナク，盜汗アリ。

現症：一般所見トシテ，體格營養共ニ中等，皮膚ニ貧血，發疹，皮下出血，浮腫等ハ認メラズ。脈搏整調ニシテ，1分間70ヲ算シ，緊張良好。呼吸ハ胸腹式ニシテ1分間18ヲ算ス。體溫36.5°C，顔貌ハ苦悶狀ヲ呈セズ。舌ハ濕潤シ苔ヲ被ラズ。扁桃腺ハ發赤腫大セズ。認ムベキ皮下淋巴腺ノ腫脹ナシ。胸廓正常，心臟ニ著變ナク，肺臟ハ打診，聽診，レ線検査ニヨリ右側下部ニ肋膜炎ノ所見認メラル以外，殆ド認ムベキ變化ナシ。腹部ハ一般ニ稍々膨隆シ，輕度ノ筋性防衛アリ。肛門，直腸，生殖器ハ正常。背部，脊柱，四肢ニ異常ヲ認メズ。尿，淡黃褐色，半透明，弱酸性ニシテ蛋白，糖ヲ認メズ。沈渣ニ著變ナシ。赤血球沈降速度1時間20，2時間32，中等價18，血色素量93%(ザリー氏)。赤血球數 449×10^4 ，白血球數7800，中性多核白血球80%(桿狀核44%，多葉核30%)，「エオジン」嗜好白血球7%，鹽基性嗜好白血球0%，大淋巴球2%，小淋巴球5%，大單核並ニ移行型6%。

局所所見：左側鼠蹊部及ビ陰莖根部ニ近ク，鶏卵大ノ膨隆ヲ認メ，其ノ表面ハ平滑ニシテ，覆皮ニ發赤，靜脈怒張，異常搏動ヲ認メズ。觸診スルニ，局所溫度ノ上昇ナク，膨隆部ニ一致シテ鳩卵大卵形ノ腫瘤ヲ觸レ，其ノ境界ハ鮮明ニシテ，表面平滑，硬度ハ緊張彈力性ニシテ壓痛ナク，輕度ニ光ヲ通シ，打診スルニ濁音ヲ呈シ，壓迫スルモ縮小消失セズ，強ヒテ鼠蹊管ノ方ニ壓迫スレバ消失シ，皮下鼠蹊輪ニ亦タ指ヲ通ジ得ルモ，腫瘤ハ尙ホ鼠蹊管部ニ觸レ，完全ニ腹腔内ニ還納スルコト不能ナリ。腹壓ヲ加フレバ，直チニ舊左側陰莖根部ニ現レ，而モ腫瘤ノモノハ増大セズ。腫瘤ハ精系ニ沿ヒテ存シ，精系ト明白ニ區別スルコト不可能ナリ。皮膚ト

ハ良ク動キ、基底部トモ精系ト共ニ良ク移動シ得。陰囊ニ著變ナク、正副睾丸ハ此ノ腫瘤トハ無關係ニシテ、左右同大同形、正常位ニ存ス。

診斷：以上ノ所見ヨリ、左側精系水腫ト診斷セリ。

手術(7月4日)：左側腸骨前上棘ノ2横指内方、更ニ2横指下方ノ部ニ刀ヲ下シ、鼠蹊管ノ經過ニ一致シテ、腫瘤ノ頂點ヲ過リ約6釐ノ皮膚切開ヲ加ヘ、陰莖根部ノ左側上外部約1横指ノ部ニ達セリ。然ル後、外斜腹筋腱膜ヲ露出シ、切開創ヲ充分ニ開クヤ、下方皮下鼠蹊輪ノ外ニ鳩卵大ノ腫瘤ヲ認メ得タリ。仍テ腫瘤ノ頂點ヲ過リ、クーパー氏筋膜ニ切開ヲ加ヘ、之ヲ腫瘤ヨリ鈍的ニ剝離セルニ、腫瘤ハ鳩卵大卵形ニシテ、其ノ上極ヲ皮下鼠蹊輪内ニ置キ、精系ニ沿ヒテ、ソノ前方ニ存シ、之ト癒着シテ暗青色ヲ呈シ、緊張弾力性、壓スルモ縮小セズ。著明ニ波動ヲ觸レ、穿刺シテ淡黃色透明ナ液ヲ得タリ。切開ヲ加ヘテ腹腔ヲ檢スルニ、完全ニ閉鎖セル1ツノ囊腫ニシテ、内壁ハ充血シ、播種性ニ無數ノ粟粒大結節ヲ認メタリ。更ニ囊腫ハ莖ニヨリテ鼠蹊管内ニ通ジ居タルヲ以テ、之ヲ探求スベク全鼠蹊管ヲ切開セルニ、此ノ囊腫ニ續キテ直上約2耗ノ距離ヲ置キテ、イマ1ツノ示指頭大腫瘤アリ、前腫瘤トノ間ハ細キ莖ヲ以テ連絡シテ全ク交通ナシ(第1圖)。此ノ第2腫瘤ハ弾力性軟、波動ヲ觸レテ、壓縮性ヲ有シ、腹腔ト交通セルヲ認メタリ。次デ之ニ切開ヲ加ヘタルニ、無色透明ナル漿液湧出シタルガ、他ニ内容トシテ腸・大網等ハ認メラレザリキ。直チニ切開部ヨリ更ニ腹腔内迄吸引器ヲ挿入シ、腹水約100耗吸引シ、次イデ此ノ囊頸ノ縱徑ニ沿ヒテ腹腔迄切開シ、此ノ囊ノ内壁並ニ腹膜ヲ見得ル範圍ニテ檢スルニ、何レニモ同程度ノ充血ト無數ノ播種性粟粒大結節ガ認メラレ、内壁ノ所見ノミエテハ兩者ヲ區別シ得ザリキ。第1囊腫ハ精系トノ癒着高度ナラズ。故ニ其ノ下極ヨリ始メテ精系及ビ周圍組織ヨリ剝離シ行キ、第2腫瘤ノ頸部ニ達シ、此處ニテ2重結紮切斷シ第2腫瘤ト共ニ連球狀ノ儘剔出シ、後ハ波多腰氏「ヘルニア」根治手術ニナラヒテ閉鎖セリ(第2圖)。

手術後ノ經過：術後3日目迄ハ最高37度9分迄ノ體溫上昇アリシガ、以後全ク平熱ニ復シ、術後7日目ニ抜絲。手術創ハ第1期癒合ヲ營ミテ9日目ニ歩行開始。腹部ハ一般ニ膨滿シ、筋性防衛認メラレ、輕度ノ腹膜炎症狀ヲ呈スルモ、自覺的ニ苦痛ナク、術後11日目ニ退院セリ。

剔出標本：第1水腫ハ鼠蹊管外ニ存シ、其ノ上極ヲ皮下鼠蹊輪内ニ置キ、精系ニ沿ヒテ其ノ前方ニアリタリ。大イサ、縱徑約3釐、横徑約2釐、重サ約13.5瓦、卵圓形ニシテ、表面ハ一般ニ平滑、怒張セル血管數條走行セリ(第2圖)。暗青色ヲ呈シ、硬度緊張弾力性。

第2水腫ハ鼠蹊管内ニ存シ、第1水腫ノ直上約2耗ノ細小ノ莖ヲ以テ連絡シ、上端ハ頸ヲ以テ腹腔ニ續ケリ。大イサ縱徑約2釐、横徑約1釐、形「アンブレ」狀、表面平滑、黃赤色ヲ呈シ、弾力性軟、波動ヲ證明シ、壓スレバ其ノ内容腹腔内ニ還納サル。

次ニ内面ニハ、第1水腫ニ於テハ、黃色透明ナ漿液性液體約12耗ヲ容レ、壁ハ肥厚シ、充血シテ、播種性ニ無數ノ粟粒大結節ヲ認メ、纖維素ノ被覆物、或ハ乾酪性物質ヲ附着セズ(第3圖)。

第2水腫ハ無色透明ナ漿液約3珇ヲ充シ、壁ハ稍々肥厚シ、内面ニハ第1水腫ニ於ケルト同様、充血並ニ播種性ニ無數ノ粟粒大結節ヲ認メ、纖維素・乾酪性物質等附着セズ。(第3圖)

第1、第2水腫並ニ其ノ腹膜ニ移行スル部ノ顯微鏡的所見ハ、全ク同一ニシテ、漿膜ノ所々ニ結核結節散在シ、漿膜ノ表面ニハ滲出物認メラレズ。斯ル結節ノ1ツ1ツヲ精査スルニ、ラングハンス氏巨大細胞著明ニ認メラレ、多少乾酪變性ヲ示シ居ル部分及ビ之ヲ取り圍ム如クニシテ類上皮細胞存シ、更ニ其ノ外側ヲ淋巴球ガ取り卷キ居ルナリ。又タ主トシテ類上皮細胞ヨリナル所謂類上皮細胞結核結節モ認メラル。

即チ何レモ著明ナル結節形成ヲ主トスル増殖性結核ノ像ヲ示シタリ。(第4圖)

考 察

結核性腹膜炎ニ際シ、若シ同一ノ人ニ「ヘルニア」或ハ精系水腫、交通性陰囊水腫等ガ存在スレバ、元來腹膜系ナル之等「ヘルニア」囊或ハ水腫囊等ニ結核ヲ併發シ、而モ其ノ場合、「ヘルニア」囊ノ結核ガ病理組織學的ニ腹膜ニ於ケル結核ト同一ナルベキコトハ考ヘラルルトコロニシテ、斯ル症例ハ外國ニ於テハ既ニ1929年ニ200例ニモ達セリト。

竊ツテ本例ノ發生機轉ヲ考フルニ、1. 最初自覺の並ニ他覺の症狀ヲ呈セザル程度ノ輕キ交通性精系水腫存在シ、腹膜ニ結核性變化ヲ來タスヤ、腹膜ノ續キニシテ腹腔ト交通スル此ノ水腫ニモ結核性炎症ヲ起シ、其ノ狹キ頸部ニテ内壁互ニ癒着シテ腹腔閉鎖サルルニ及ビ、滲出液瀦溜シ、水腫ガ急激ニ増大セル場合、2. 腹膜鞘狀突起ガ元來示ス可キ其ノ全癒合、消失ノ過程ヲ探ラズ、一部ニ於テノミ癒合ヲ來タシテ殘部ハ狹小ナラモ精系部ノ囊腔トシテ殘存シ、73歳ノ現在迄何等自覺の症狀ヲ現ハサズシテ經過シタリシモノガ、偶々結核性腹膜炎ニ罹患シタルコトニヨリ、淋巴行性ニスル殘存囊腔壁ニモ結核性變化ヲ起シ、續イテ滲出液ノ分泌増加ヲ來タシテ、精系水腫トシテノ自他覺の症狀ヲ現ハシタル場合ノ2ツガ考ヘラルルナリ。併シ第1ノ如クニシテ發生シタルモノトスレバ、其ノ癒着部ニ於テ結核性變化ガ吸收サレ癍痕性ニナツタトハ云ヘ、多少ノ結核性變化ヲ其ノ部ニ殘スベキナレドモ、全ク斯ル結核性變化或ハ癍痕性變化ハ認メラレズ、而モ内面ハ平滑ニシテ一層ノ漿膜ニヨリテ被ハレ居ル所ヨリシテ、第2ノ機轉ニヨリテ發生シタルモノト考フルガ妥當ナルベシト信ズルモノナリ。

本邦ニ於テ、腹膜結核ヲ病ムモノハ尠カラザレドモ、同時ニ「ヘルニア」囊、陰囊水腫等ノ結核ヲ併發シタリトノ報告ハ甚ダ稀ナリ。文獻ヲ涉獵スルモ、松岡氏ノ報告シタル結核性交通性陰囊水腫ノ1例ト、又タ最近宮本氏ニヨリテ結核性腹膜炎ニ際シ結核性漿膜變化ヲ原因トセル精系水腫ノ併發シタル1例報告ヲ見タルノミナリ。

實ニ本例ノ如キハ先天性ニ存在セル腹膜鞘狀突起ノ不全閉鎖ニヨル殘存囊ガ73歳ノ現在迄何等自覺の症狀ヲ現サズシテ經過シ居タルトコロ、偶々結核性腹膜炎ニ罹患シタルコトニヨリ、同系ノ該鞘狀突起殘存腔漿膜面ニモ淋巴行性ニ結核性變化ヲ起シ、續イテ滲出液ノ分泌増加ヲ

來タシテ、遂ニ精系水腫トシテノ症狀ヲ現ハシ來タリタルモノト理解サル可キモノニシテ、極メテ稀有ナル症例ナリ。

更ニ附言シタキハ、術前ニ於テ腹部所見トシテ輕度ノ腹部膨滿ト輕キ筋性防衛ヲ認メタリシガ、患者ノ訴ヘノ無キママニ、夫レガ結核性腹膜炎ナルコトヲ知ラズシテ手術シ、手術ニヨリテ其ノ存在ヲ初メテ知リタル次第ニテ、術前ニ於ケル局所内外ノ全身症狀ノ精査ノ重大ナルコトヲ教ヘ居ルモノナリ。今日結核研究ノ益々盛ンナラントスル際、當然斯ル部位ノ結核ニ就キテモ關心ヲ持ツ可キニシテ、更ニ多數ノ結核性腹膜炎ノ中ニハ、甚ダ稀ナルモ、「ヘルニア」癰ノ結核・結核性陰囊水腫・結核性精系水腫ヲ併發スルコトアルヲ銘記ス可キナリ。